保険薬局 → 薬剤部 → 主治医

FAX:仙台医療センター薬剤部022-293-1148

仙台医療センター　御中 　　 　報告日：　　　年　　月　　日

**【EGFR-TKI治療】服薬情報提供書（トレーシングレポート）**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当医 　　　　　　　　　科  先生　御机下 | 保険薬局　名称・所在地 |
| 患者ID：  患者名： | 電話番号：  FAX番号： |
| サポート日：　　　　年　　　月　　　日 | 担当薬剤師名： |
| □この情報を伝えることに対して患者の同意を得ています。  □この情報を伝えることに対し患者の同意を得ていませんが、治療上必要と思われますので報告いたします。 | |

下記の通り報告いたします。（薬剤：□イレッサ □タルセバ □ジオトリフ □タグリッソ □ビジンプロ）

※目安：処方日から7日目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有害事象 | 詳細・指導内容 | |
| 口腔粘膜炎 | □あり(Grade　) □なし | 口腔ケア指導や含嗽薬・軟膏の使用などについて指導　□ |
| 下痢 | □あり(Grade　) □なし | 頻度： 回/日 止痢薬の内服回数： 　回/日  飲水、食事指導、止痢薬の服用法などについて指導　□ |
| 悪心 | □あり(Grade　) □なし | 吐き気止め使用 有・無 薬剤名：　　　　　　　効果 有・無  食事指導、吐き気止めの服用法などについて指導　□ |
| ざ瘡様皮疹 | □あり(Grade　) □なし | 外用薬の使用状況　□適正使用（問題なし） □適正使用を指導 |
| 皮膚乾燥 | □あり(Grade　) □なし | 保湿剤の使用状況　□適正使用（問題なし） □適正使用を指導 |
| 爪囲炎・亀裂 | □あり(Grade　) □なし | 外用剤の使用状況　□適正使用（問題なし） □適正使用を指導 |
| 間質性肺炎 | 発熱　□あり　□なし  空咳　□あり　□なし  労作時の息切れ　□あり　□なし | 症状の発現日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 眼の異常 | □あり　　□なし | 症状の発現日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 不整脈 | 胸部症状（動悸・胸部痛・失神）  　□あり　□なし |  |

|  |
| --- |
| 【薬剤師としての所見・提案等】  【薬剤部追記】 |

仙台医療センター薬剤部2021年7月ver1.0